PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO.

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Redakcya: Kraków 9 (Łobzów) Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: kwartalnie 5 kor. 4½ marki.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal.

Rok LVI. Kraków, 21. kwietnia 1917. Nr 16.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Sześć nowych przypadków wgłobienia jelit

podał

Dr S. Dobrucki (Lublin).

Od czasu ogłoszenia pracy mojej o wgłobieniu jelit (w Przeglądzie chirurgicznym T. IX. r. 1913), opartej na 39 przypadkach, przybyło mi sześć nowych, które podaję jako przyczynek do kazuistyki wgłobień jelit.

1. A. H., 69 lat. Zawsze był zdrów. Od dwu lat miewa bez żadnych powodów mocne bóle w brzuchu, trwające po 1/2 godziny i dłużej; bóle zjawiają się w rozmaitych odstępach czasu co parę, a nawet co kilka dni. W kwietniu 1913 r. stan ogólny chorego znacznie się pogorszył: chory zaczął tracić apetyt, spadać z ciała, bóle natomiast wzmogły się i zaczęły się pojawiać coraz częściej.

Po raz pierwszy widziałem chorego w końcu czerwca 1913 r., przyczem przedmiotowo w brzuchu nic wykryć nie mogłem; opierając się na wywiadach, przypuszczałem przewlekłe zwężenie jelit, co mogłoby być w ścisłym związku ze starą, nie dającą się doszczętnie odprowadzić przepukliną pachwinową lewą. Zaproponowałem choremu operacyę, na którą on na razie się nie zgodził. W lipcu chory był u Dr Sawickiego w Warszawie, który również przypuszczał zwężenie jelit i zalecił choremu poddanie się operacyi. Nadmienić należy, że chory podczas pobytu w Warszawie był badany zapomocą promieni Röntgena, wynik badania był jednak ujemny.

Od tego czasu bóle znacznie się wzmogły i przybrały pewien charakter ściśle okresowy, a mianowicie codziennie w 10 do 12 godzin po jedzeniu, zwłaszcza po obiedzie. Podczas tych napadów chory stwierdza przesuwanie się bólów z miejsca na miejsce oraz zwraca uwagę na towarzyszące bólom przelewanie i kruczenie w brzuchu.

W początku sierpnia 1913, będąc wezwany do chorego, natrafiłem na napad bólów i udało mi się wymacać nad lewem więzadłem Pouparta guz wielkości małej pomarańczy, dość twardy, wrażliwy na dotyk; po paru minutach guz zginął i więcej nie powiodło mi się go wymacać.

Na powtórną propozycyę poddania się operacyi chory się zgodził i przybył do szpitala św. Wincentego dnia 19 sierpnia 1913 r.

Chory średniego wzrostu, dość wątłej budowy, osłabiony, znacznie wychudzony; zupełny brak tłuszczu podskórnego. Łaknienie bardzo słabe, stolce co 4—5 dni, zwykłe. Ciepłota ciała prawidłowa, tętno 86, o zmiennem napięciu. W płucach nic wybitnego; wyraźne zaostrzenie drugiego tonu aorty. Brzuch miękki, nie wzdęty, bezbolesny; zapomocą opukiwania ani też obmacywania nic wykryć się nie dało. Badanie stolców co do ukrytego krwawienia po trzechdniowej bezmięsnej dyecie dało wynik dodatni.

A zatem w streszczeniu mamy: stan bezgorączkowy, bóle w brzuchu w 10—12 godzin po jedzeniu o charakterze napadowym z kruczeniem i przelewaniem oraz przesuwaniem się bólów z miejsca na miejsce, ukryte krwawienie, aczkolwiek niewielkie, znalezienie raz jedyny guza w lewem podbrzuszu, ujemny wynik badania przez odbytnicę jakoteż i promieniami Röntgena.

Rozpoznano przewlekłe zwężenie w dolnym odcinku jelita krętego (występowanie bolów dopiero w 10—12 godzin po jedzeniu), a wobec długiego okresu trwania choroby i braku charłactwa pomimo wieku chorego (69 lat) — zwężenie najprawdopodobniej przyrody niezłośliwej.

Po kilkodniowej obserwacyi w szpitalu, w którym to czasie stan chorego nawet trochę się poprawił, dnia 24. VIII. w uśpieniu eterowem wykonałem operacyę. Po przecięciu powłok i otrzewnej w linii środkowej poniżej pępka, ręka, wprowadzona do jamy otrzewnej, odrazu natrafiła na wyróżniający się spoistością guz, który udało się z łatwością wydobyć na zewnątrz i wtedy dopiero przekonaliśmy się, że jest to wgłobienie jelita krętego w kręte, w odległości 10 cm od zastawki Banhina; wgłobienie mierzy 12 cm długości. Kątnica bardzo ruchoma, czem można wytłomaczyć znajdowanie się guza po stronie lewej (przed kilkoma tygodniami). Wgłobienie częściowo dało się odpochwić, lecz niezupełnie, wobec czego dokonałem wycięcia wgłobienia z następczem bocznem zespoleniem jelit (said too said). Wyrostek robaczkowy usunąłem, ranę powłok zeszyłem trzypiętrowym szwem. Badając wycięty preparat, widzimy całą masę zgrubień i blizn na otrzewnej, co dowodzi długiego trwania choroby. Po przecięciu usuniętego wgłobienia widzimy, że przyczyną wszystkiego był twardy polip na dość szerokiej szypule, wychodzący z błony podśluzowej jelita. Polip wielkości sporego orzecha włoskiego, pokryty zupełnie zdrową, nie owrzodziałą śluzówką, wychodził z błony podśluzowej w odległości 3 cm od przyczepu krezki. Badanie drobnowidowe również nie wykryło w guzie złośliwego charakteru, natomiast wykazało w nim utkanie włókniaka. Zaznaczyć muszę, że powtórne przestudyowanie w swoim czasie zrobionego rentgenogramu wyraźnie wskazuje okrągły cień wielkości dużego orzecha włoskiego, znajdujący się ze strony prawej blizko kątnicy, cień, znacznie bledszy od napełnionej bizmutem kątnicy. Niewątpliwie cień ten zależał od włókniaka, znajdującego się w świetle jelita krętego.

W przebiegu pooperacyjnym mieliśmy dość ciężkie powikłanie ostrem rozszerzeniem żołądka, które wystąpiło na trzeci dzień po operacyi, notabene zupełnie bez wymiotów. Częste przemywania żołądka i położenie stale na brzuchu uratowały chorego, który po 4 tygodniach wyszedł ze szpitala w zupełnie dobrym stanie.

2. B. J., 5 lat, zachorował nagle wśród zupełnego zdrowia. Po obiedzie dostał gwałtownych bólów napadowych, występujących co 2 do 3 godzin, do wieczora jeszcze chodził, od dnia następnego już leżał w łóżku, bóle występowały coraz częstsze, wymiotów ani razu nie było, w ciągu pierwszych trzech dni było zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów. Ostatnie dwa dni przed wstąpieniem do szpitala częste stolce czystą krwią, przyczem dęcie.

Przybył do szpitala św. Wincentego 24. IX. 1913 r. na piąty dzień choroby. Przy badaniu znaleziono: Brzuch nie wzdęty, ze strony lewej wyczuwa się guz walcowaty, zaczynający się w nadbrzuszu na linii środkowej, idący pod lewem podżebrzem, który później po stronie lewej skręca w dół i ginie w miednicy. Guz lekko bolesny, przy obmacywaniu kurczenia się w guzie nie widać. Przez odbytnicę wyczuwa się charakterystyczny dla wgłobienia obraz.

Tegoż dnia w uśpieniu eterowem operacya. Cięcie w linii środkowej. Wgłobienie na razie nie daje się wytoczyć na ze-

wnątrz. Wgłobienie sięga głęboko do jamy miednicy, tak że ręka wprowadzona do jamy brzusznej nie może dosięgnąć części przodującej wgłobienia. Dopiero dwa palce asystenta, wprowadzone do odbytnicy, uniosły guz ku górze i dały możność dostania się do części przodującej i rozpoczęcia stopniowego odpochwiania. Po cofnięciu się wgłobienia do pętli esowatej dopiero udało się wytoczyć całe wgłobienie na zewnątrz. W dalszym ciągu zupełnie łatwe odpochwienie. Jelito w stanie dobrym, przodowało wynicowane obrzmiałe dno kątnicy. Wyrostek obrzękły usunąłem i dla zapobieżenia nawrotom wykonałem kolumnizacyę Delbeta. Przebieg bez powikłań. A więc znów przypadek invaginatio coecalis a nie ileocoecalis.

3. T. S., 58 lat, zachorowała przed 4 tygodniami nagle przy ciężkiej pracy fizycznej. Choroba rozpoczęła się od gwałtownych bólów napadowych i wymiotów. Przez pierwsze 4 dni było zupełne zatrzymanie stolców, później natomiast częste wypróżnienia z obfitą domieszką krwi razem z dęciem, co wszystko dało powód do rozpoznania u chorej biegunki krwawej. Do szpitala św. Wincentego przybyła 6. X. 1913 po czterech tygodniach choroby w stanie bardzo ciężkim. Ciepłota 36·5, tętno 120, słabe, miękkie, łatwo dające się ucisnąć.

Brzuch wzdęty, bolesny, w nadbrzuszu wyczuwa się twardy walcowaty guz. Rozpoznano: wgłobienie i zapalenie otrzewnej.

W uśpieniu eterowem tegoż dnia operacya: znaleziono w jamie otrzewnej dużą ilość mętnego płynu, znaczne przekrwienie otrzewnej, miejscami sporo włóknika. Po łatwem wydobyciu wgłobienia okazało się, że jelito uległo zgorzeli zwłaszcza we wrotach wgłobienia, gdzie też spostrzegamy otwór, drążący do wnętrza jelita. Wobec ciężkiego i beznadziejnego stanu chorej zrobiłem wyłonienie (antepositio) jelita zmienionego i powyżej zrobiłem przetokę jelitową (enterostomia). Wgłobienie rozpoczynało się w okolicy kątnicy, ścisłe określenie formy niemożliwe. Dnia następnego przy zwiększającym się zapadzie chora zmarła. Zwłok po śmierci nie badano, a przeto i forma wgłobienia ściśle określona nie została.

4. G. K., 40 lat, po pracy położył się spać, będąc zupełnie zdrowym. Nagle w nocy obudziły go gwałtowne bóle w brzuchu. Zażył zaraz olej rącznikowy, który natychmiast zrzucił. Od tej chwili miewał bardzo częste wymioty po kilkanaście razy dziennie w ciągu 3 dni, w ciągu całego tygodnia stolców nie miał, dopiero 7. dnia choroby po zażyciu senesu nastąpiło obfite wypróżnienie, poczem bóle się znacznie zmniejszyły i chory poczuł się lepiej. Do szpitala św. Wincentego na oddział chorób wewnętrznych przybył 30. I. 1915, w cztery tygodnie od początku choroby.

Jedyną skargą chorego są powtarzające się kilka razy dziennie napadowe bóle w brzuchu, przyczem, jak chory sam określa: »coś w brzuchu chodzi«. Przy badaniu w narządach klatki piersiowej nic nie znaleziono. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny, w prawem podżebrzu wyczuwa się guz walcowaty, około 8 cm długi, niebolesny. Badanie treści żołądka nie dało żadnego wyniku, natomiast badanie kału wykazało ukryte krwawienie.

3. II. chory miał obfity stolec. Guz zupełnie zniknął, bóle ustały, chory czuje się znacznie lepiej.

7. II. bóle znów się zwiększyły, guz wyczuwa się ze strony prawej bardzo wyraźnie. Wobec rozpoznania wgłobienia chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny, gdzie przy badaniu potwierdzono rozpoznanie; guz doskonale wyczuwalny w prawem podżebrzu, 6—7 cm długi, mało bolesny; przy głębokim wdechu udaje się go zupełnie oddzielić od wątroby i nieco posunąć ku dołowi. Wogóle jednak ruchomość guza bardzo nieznaczna, kurczenia się przy obmacywaniu nie widać.

10. II. w uśpieniu morfinowoeterowem operacya. Cięcie w linii środkowej, po otwarciu jamy brzusznej rozpoznanie potwierdziło się.

Przy wydobywaniu guza następuje jeszcze w jamie brzusznej odpochwienie, tak że tylko nieznaczną część guza udało się wydobyć na zewnątrz, łatwe ostateczne odpochwienie. Znów mamy do czynienia z wynicowaniem kątnicy mocno obrzękłej, spoistości namoczonej tektury. Po dokonanem odjęciu obrzękłego wyrostka robaczkowego dla zapobieżenia nawrotom zrobiłem kolumnizacyę Delbeta. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

5. H. K., 20 lat. Przed dwoma laty przechodziła dysenteryę (?). Miała wtedy wymioty, bóle, dęcie; choroba przyszła nagle i trwała około miesiąca.

Obecnie chora przeszło tydzień. Zachorowała nagle; wśród zupełnego zdrowia, wystąpiły raptownie mocne bóle napadowe, wymioty częste w ciągu pierwszych 5 dni, później ustały. Stolce miała 3 razy od początku choroby, zwykłe, bez domieszki krwi. Przy badaniu jednak stolców odczyn krwi występuje bardzo wyraźnie.

Przy badaniu w jamie brzusznej wyczuwa się duży walcowaty guz, bolesny przy dotyku, nie kurczący się przy obmacywaniu. Przytem brzuch nie wzdęty, niebolesny, w dolnej części nad spojeniem wyraźne stłumienie (przesięk). Objaw Danećgo (wysoki ton opukowy w okolicy kątnicy) nie występuje.

1. III. 1916 w szpitalu św. Wincentego w uśpieniu eterowem dokonałem operacyi. Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej stwierdzono, że wgłobienie sięga do połowy okrężnicy poprzecznej.

Z początku łatwe odpochwienie, pewne trudności w odgłobianiu wystąpiły przy dojściu do zgięcia wątrobnego okrężnicy; wobec niemożliwości wydobycia całego guza na zewnątrz, dalsze odpochwianie musiało się odbyć w jamie brzusznej. Ostatnie wysunęło się obrzękłe dno kątnicy, z charakterystycznem wgłębieniem, przeważnie od strony zewnętrznej. Lejek ten trudno daje się wyprostować. Na dnie kątnicy widać stare, dość mocne blizny. Otrzewna okrężnicy wstępującej znacznie przekrwiona z bardzo rozwiniętemi naczyniami krwionośnemi dość dawnego pochodzenia. Wyciąłem wyrostek robaczkowy i po zupełnem wyrównaniu zagłębienia na dnie kątnicy dokonałem zapobiegawczej operacyi podług Delbeta (columnisatio). Nazajutrz po operacyi podniesienie ciepłoty do 38·5 przy ogólnym dobrym stanie chorej. Dalszy przebieg pooperacyjny bez powikłań. Wyzdrowienie.

6. W. D., chłopiec 4-miesięczny, wśród zupełnego zdrowia w nocy 5. września 1915 dostał gwałtownych boleści w brzuchu i wymiotów. Po lawatywie odeszła niewielka ilość sformowanego kału, woda zaś była zlekka różowo zabarwiona. Po paru godzinach wymioty ustały, dziecko osłabione dużo śpi, od czasu do czasu zrywa się i mocno krzyczy i wydyma się, przyczem z odbytu pokazuje się trochę śluzowej płynnej wydzieliny, wyraźnie krwią zabarwionej. Wieczorem tego dnia była znaczna poprawa, dziecko znacznie się uspokoiło, w nocy znaczne pogorszenie. Nazajutrz zrana wezwany przez kol. Kiełczewskiego na naradę, widziałem dziecko po raz pierwszy. Ciepłota nie podniesiona, tętno 90, dość słabe. Obrączka stolcowa wypuklona, otwarta, bóle napadowe z dęciem powtarzają się.

Przy badaniu brzucha wyraźnie wyczuwa się guz walcowaty po stronie lewej, w okolicy pętli esowatej, ginący w miednicy. Palec, wprowadzony do odbytu, zaraz za zwieraczem wyczuwa zupełnie charakterystyczny dla wgłobienia obraz.

W uśpieniu eterowem przystąpiłem do operacyi w 30 godzin od początku choroby. Po otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej przystąpiono do odpochwienia, które z początku szło nader łatwo, lecz mniej więcej w początku okrężnicy poprzecznej przy odgłobianiu napotkaliśmy trudności nie do przezwyciężenia, zwłaszcza, że otrzewna zaczęła pękać na jelicie wgłobiającem; wtedy zrobiłem resekcyę jelita wgłobionego metodą Barkera. Po operacyi stan względnie niezły, lecz w nocy rozpoczął się zapad i dziecko w 24 godzin po operacyi umarło.

Sprawę wgłobienia jelit ze stanowiska patologii dość szeroko starałem się przedstawić w mojej poprzedniej pracy (na początku wspomnianej); nie chcę się powtarzać, podkreślić muszę jednak kilka nastręczających się wniosków.

1. W dawnych 39 i nowych 6 przypadkach, razem w 45 przypadkach wgłobienia jelit ani razu nie spotkałem się z wgłobieniem krętniczokątniczem (invaginatio ileocaecalis), z formą, dotąd uważaną za najczęstszą, której istnienie anatomiczne dane, jakoteż szereg przypadków, ściśle obserwowanych, jednakże wykluczają zupełnie. Najczęstszą zaś formą wgłobień są wpochwienia, rozpoczynające się od wynicowania dna kątnicy, co cały szereg moich przypadków najzupełniej potwierdza.

2. W niejasnych pod względem rozpoznawczym przypadkach należy badać kał co do ukrytego krwawienia; dodatni wynik przemawiać może na rzecz wgłobienia.

3. O ile niema zmian zgorzelinowych na jelicie wpochwiającem, bez względu na czas trwania wgłobienia, należy próbować odpochwienia metodą Hutchinsona, co się

udaje w znacznej większości przypadków wgłobień kątniczych.

4. U małych dzieci, o ile nie uda się odpochwienie, każdy większy zabieg, jak resekcya, daje bardzo złe wyniki.

5. Często spotykane, a poraz pierwszy przez Mattiego podkreślone podnoszenie się ciepłoty do 38·5, a nawet 39° nazajutrz po odpochwieniu nie daje bynajmniej złego rokowania, a zależy od zwiększonego wchłaniania przez zwolnione od ucisku naczynia chłonne krezki.

Z oddziału chorób skórnych i wenerycznych (V) Krajowego Szpitala św. Łazarza w Krakowie.

Przyczynki do rokowania i leczenia wiewióra u kobiet

podał

Dr Franciszek Walter,

tymcz. kierownik oddziału.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lek. 28. II. 1917).

(Dokończenie).

Almquist rozpoczynał leczenie zaraz po zakażeniu w 6—8 dni i zdołał świeże przypadki wyleczyć w bardzo krótkim czasie (około 14 dni). Wyniki Englesona, Schmidta, jak również Schlasberga (który stosował cusylol, jako środek niszczący dwoinki Neissera), potwierdzały w zupełności dobre wyniki Almquista. Autorowie ci dochodzą ogólnie do wniosku, że wiewióra kobiet nie należy już więcej uważać za sprawę chorobową nieuleczalną, a stosowanie tej metody i w taki sposób, jak żąda Almquist, nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa dla chorej.

Zachęcony tymi wynikami, stosuję tę metodę od przeszło 2 lat na oddziale chorób wenerycznych w krajowym szpitalu św. Łazarza, wraz z drugą metodą, którą uważałem za najlepszą. Mianowicie w wiewiórze cewki moczowej stosowałem pręciki z masła kakaowego z dodatkiem środka niszczącego dwoinki, w wiewiórze odbytnicy czopki (suppositoria), a przy zajęciu szyjki macicznej przyżeganie 10%.—20% rozczynem azotanu srebrowego przy pomocy zgłębnika Playfaira.

Materyał oddziałowy w liczbie 371 przypadków składał się przeważnie z prostytutek z Krakowa i z okolic okupowanych Królestwa Polskiego. Na wiewiór u dzieci przypadało przypadków 16. (Dzieci było więcej, lecz wypuszczono je w stanie niewyleczonym na wyraźne żądanie matek, nie chcących dłużej pozostawić dzieci w szpitalu). Co do wieku, to przeważna liczba była małoletnich, a mianowicie:

w wieku lat 14	leczono kobiet	2
» » » 15	» »	6
» » » 16	» »	26
» » » 17	» »	42
» » » 18	» »	56
» » » 19	» »	51
» » » 20	» »	25
między rokiem 21 a 30	» »	110
» » 31 a 40	» »	17
dzieci do lat 10	» »	16
	Razem	371

Sposób naszego postępowania był następujący:

U każdej kobiety, zgłaszającej się samej do leczenia, lub oddanej przez lekarza sanitarnego (ewentualnie przysłanej przez c. i k. komendy etapowe), badano co do dwoinek Neissera cewkę moczową, szyjkę macicy, odbytnicę, gruczoły Bartholiniego (w razie obecności wydzieliny). Za ujemny wynik uważaliśmy te przypadki, gdzie 3—4-krotne badanie nie wykazywało dwoinek w preparatach, ani skład wydzieliny nie nasuwał podejrzeń co do istnienia sprawy swoistej.

Według siedziby sprawy chorobowej było przypadków wiewióra:

cewki	128
cewki i gruczołów okołocewkowych Skenego	4
szyjki macicznej	30
gruczołów Bartholiniego a) jednostronnie	34
» » b) obustronnie	2
odbytnicy	5
cewki i szyjki macicznej	87
cewki, szyjki macicznej i gruczołów okołocewk.	2
cewki i gruczołów Bartholiniego	27
cewki i odbytnicy	9
cewki, odbytnicy i gruczołów okołocewkowych	1
cewki, szyjki macicz. i gruczołów Bartholiniego	16
cewki, szyjki macicznej i odbytnicy	4
cewki, szyjki macicznej, odbytnicy i gruczołów okołocewkowych	1
cewki, szyjki macicznej, gruczołów Bartholiniego i odbytnicy	1
szyjki macicznej i gruczołów Bartholiniego	2
sromu, pochwy i cewki (u dzieci)	3
sromu, pochwy, cewki, odbytnicy (u dzieci)	3
cewki wraz z zajęciem wiewiórowem stawów	2
Razem	371

Wiewióra odbytnicy u dorosłych było zaledwie 21 przypadków. W porównaniu z cyframi innych autorów są nasze cyfry bardzo małe. Flügel osiągnął poważną liczbę 20% przypadków wiewióra odbytnicy, Demeter 17·2%, Huber 24·8%, Schmidt 18·3% i 27·7%, Eichhorn 30%. Cyfry niniejsze, zbliżające się do naszych, podali Behrmann 8·3%, Mucha 10·8%. W każdym przypadku na naszym oddziale badano preparaty z odbytnicy co do dwoinek Neissera; w razie ujemnego wyniku ponawiano badanie po raz drugi i trzeci w czasie leczenia. Preparaty barwiono błękitem metylenowym, a przeważnie sposobem Grama. Trudności w wykazaniu dwoinek Neissera w preparatach z odbytnicy są bardzo znaczne. Pomijając ostre przypadki, w których wyciek ropny, obecność owrzodzeń i nadżerek na zwieraczu i błonie śluzowej odbytnicy, jakoteż obfitość ciałek ropnych i typowych dwoinek wiewiórowych w preparatach ułatwia rozpoznanie (przypadków takich spostrzegaliśmy dwa), stwierdzenie wiewióra w innych przypadkach natrafia na wiele trudności. Przedewszystkiem obfita flora bakteryi utrudnia wyszukanie dwoinek Neissera; bezwątpienia w znacznej mierze ułatwia te poszukiwania barwienie metodą Grama. Wiewiór odbytnicy towarzyszy zwykle innym sprawom wiewiórowym; zapaleń wiewiórowych samej odbytnicy stwierdzić można było przypadków 5.

Ogólną liczbę przypadków (355) wiewióra u dorosłych podzieliliśmy na dwie serye; w każdej seryi zastosowaliśmy odmienną metodę leczenia. W pierwszej stosowano w leczeniu wiewióra cewki pręciki z masła kakaowego z dodatkiem przetworów srebrowych, jak albarginy 1—2%, hegononu 1—2%, protargolu 2%; w przypadkach wiewióra odbytnicy czopki z 2% albarginy. Szyjkę macicy, po starannem oczyszczeniu środkami przeciwgnilnymi, tuszowano 10 i 20% rozczynem azotanu srebra przy pomocy zgłębnika Playfaira, owiniętego watą. Po skończonem tuszowaniu zakładano przed ujście macicy tampon, napojony 10% ichtyolem w glicerynie. W ten sposób leczono 75 przypadków wiewióra cewki, 42 przypadków wiewióra szyjki macicznej, a sześć przypadków wiewióra odbytnicy.

Leczenie cewki trwało w 44 przypadkach 24 dni; w 16 przypadkach 30 dni, w 9 przypadkach 40 dni, w 5 powyżej 50 dni. Leczenie przerywano wówczas, gdy trzy-

krotne badanie wydzieliny co do dwoinek w odstępach 8-dniowych dawało wynik ujemny. Jeżeli w czasie leczenia wiewióra cewki i szyjki dwoinki Neissera utrzymywały się w szyjce, kiedy już w cewce nie można było ich stwierdzić, prowadzono leczenie cewki również tak długo, jak i szyjki macicy. W przypadkach zajęcia wiewiórem gruczołów okołocewkowych Skenego przed przystąpieniem do leczenia cewki niszczono galwanokauterem zajęte sprawą chorobową gruczoły. Leczenie szyjki trwało średnio powyżej dni 20 w 10 przypadkach, w 13 przypadkach od 30 do 35 dni, w pozostałych 40 i 60 dni.

Wiewiór odbytnicy (6 przypadków) leczono czopkami z masła kakaowego z 1% albarginy; w 5 przypadkach leczenie trwało 30 dni, w jednym 46.

Wiewiór gruczołów Bartholiniego leczono wstrzykiwaniami 5 i 10% rozczynu azotanu srebrowego do przewodu gruczołowego. W razie zropienia gruczołu otwierano chirurgicznie ropień i setonowano. Na 81 przypadków 17 leczono chirurgicznie, w 3 przypadkach dokonano wyłuszczenia torbielowato zmienionego gruczołu, w pozostałych 61 zastosowano wstrzykiwania azotanu srebrowego. Ilość dni leczenia wynosiła średnio 20—30.

W pozostałych przypadkach wiewióra zastosowano sposób leczenia, podany przez Almquista. W składzie środka leczniczego zrobiono poprawkę o tyle, że stosowaliśmy 2·5 gumy tragankowej na 200 wody, gdyż środek sporządzony wedle oryginalnego przepisu był zbyt zbity i z trudem dawał się naciągnąć do strzykawki. Chorej polecano oddać mocz, następnie po zewnętrznem oczyszczeniu sromu 3% rozczynem kwasu borowego wstrzykiwano około 3 cm^3 środka Almquista do cewki moczowej, a 20 cm^3 do odbytnicy. Po odjęciu strzykawki zauważyć było można wydobywanie się części leku na zewnątrz. W razie wiewióra szyjki macicznej po nastawieniu części pochwowej we wzierniku rurkowatym przepłukiwano pochwę również rozczynem kwasu borowego i kłębkiem waty, napojonym 3% rozczynem perhydrolu, oczyszczano następnie dokładnie ujście zewnętrzne, aby ani śladu wydzieliny nie pozostało.

Następnie strzykawką o długiej rękojeści wstrzykiwano 2 cm^3 środka Almquista do szyjki macicznej; jeżeli napotykano na opór, nie używano nacisku, aby koniecznie wstrzyknąć całą zawartość strzykawki do jamy macicznej, lecz wstrzykiwano tylko tyle, ile z łatwością wchodziło. W większej części przypadków wstrzykiwanie z łatwością dało się zastosować, nieznaczna tylko część środka wydobywała się na zewnątrz. Po odjęciu strzykawki zakładano przed ujście zwitek waty. Dolegliwości większych prawie nigdy nie zauważano; w bardzo nielicznych przypadkach skarżyły się chore na bole, które najdalej po godzinie zupełnie ustępowały. Do leczenia szyjki tym sposobem wybierano tylko te przypadki, gdzie nie było objawów zajęcia przydatków; w 9 przypadkach z powodu wystąpienia objawów zadrażnienia przydatków musiano zaprzestać leczenia. Nie zauważono żadnych ważniejszych objawów przy stosowaniu tej metody do cewki i odbytnicy; czasami tylko skarżyły się chore na uczucie pieczenia. Ze środków, działających zabójczo na dwoinki wiewiórowe, przeważnie stosowano przetwory srebra, jak: albarginę 1% do cewki i 2% do szyjki, protargol 1%, 2% i 3%, hegonon 1% i 2%, azotan srebrowy 1%. Azotan srebrowy oddawał najlepsze usługi i gdy który z pierwszych środków zawiódł, azotanem srebra doprowadzano leczenie do końca. Stosowano także w kilkunastu przypadkach cusylol w ten sposób, jaki podał Schlasberg, jednak wyższości tego leku nad przetworami srebra i skrócenia czasu leczenia nie można było zauważyć. W ostatnich 30 przypadkach zastosowano także niedawno podany środek choleval w 2% i 4% rozczynach. Działanie jego było skuteczne i szybkie, zwłaszcza w wiewiórze szyjki macicznej. Przytaczam tablicę, obejmującą kilkanaście przypadków, podanych bez wyboru:

Przypadek	Siedziba wiewióra	Gcc. znikały po dniach			Liczba dni leczenia	Liczba dni ujemnego badania gcc. po odbytem leczeniu
		cewka	szyjka	odbyt.		
25	Cewka	4			16	3, 4
39	Cewka	5			18	4
45	Odbytnica	16			30	4, 6
53	Cewka, szyjka m.	10	10		29	4
86	Cewka, odbytnica	7		15	32	5, 8, 10
88	Cewka	20			36	3, 5
102	Cewka, szyjka m.	9	18		32	4, 7
111	Cewka, gruczoły Barth.	5			22	4
191	Szyjka m.	18			32	4, 6
204	Cewka	36			52	5
216	Cewka, szyjka m.	9	9		26	4, 7
223	Cewka, gruczoły Barth.	10			25	5
230	Cewka	7			22	4, 9
232	Cewka	6			21	4
253	Szyjka m.		32		48	5, 10, 26
254	Cewka, szyjka m.	6	12		26	3, 5
259	Cewka	8			24	3, 5
262	Cewka, szyjka m.	5	11		25	5, 7
263	Cewka	8			24	5, 11, 13, 14
264	Cewka, szyjka m.	5	12		27	5, 6, 11
265	Cewka, szyjka m.	5	10		26	5, 6, 12
303	Cewka	39			54	5, 10
323	Cewka, szyjka m.	20	61		77	4, 6
326	Cewka	22			38	3, 5
341	Szyjka m., odbytnica	9		31	47	4, 8, 17
345	Cewka	4			18	5, 8, 22

Z 207 przypadków wiewióra cewki moczowej w 114 przypadkach leczenie trwało około 22 dni, w 48 przypadkach 30 dni, w 19 — 38 dni, w 11 — 46 do 50 dni, w jednym 124 dni, w jednym 140 dni.

W 102 przypadkach wiewióra szyjki macicznej leczenie trwało w 36 przypadkach 20 dni, w 33 — 30 dni, w 7 — 36 dni, w 16 — 45 dni, w 3 — 60 dni, w 3 — 70 dni, w 2 — 80 dni, w jednym 120 dni, w jednym 152 dni.

Na 15 przypadków wiewióra odbytnicy leczenie trwało w 4 przypadkach 20 dni, w jednym 30 dni, w 7 — 40 dni, w jednym 46 dni, w jednym 52 dni, w jednym 60 dni.

Z porównania dotychczasowych sposobów leczenia z metodą, podaną przez Almquista, wiele przemawia na korzyść tej metody. Przedewszystkiem środek Almquista może pozostać przez dłuższy czas w ścisłej styczności z błoną śluzową, a przez to może działać leczniczo długo na wzór przedłużonych wstrzykiwań Neissera. Środek Almquista nie usuwa się do pęcherza, jak rozczyny wodne; w leczeniu natomiast szyjki macicznej czystość i szybkość zabiegu, wraz z dobrymi wynikami, bezsprzecznie przemawiają na korzyść tego środka.

W pewnej liczbie przypadków, leczonych wstrzykiwaniami do szyjki macicznej, podobnie jak i leczonych tuszowaniem, wystąpiły objawy podrażnienia przydatków, mimo że tych objawów przed rozpoczęciem leczenia albo nie było, albo też były bardzo nieznaczne. W jednym przypadku podrażnienie to wystąpiło po upływie 10 dni leczenia, w 5 przypadkach w dniach 12, 14 i 15, w 2 przypadkach po 25 dniach, w jednym po 71 dniach. Po przerwaniu leczenia, gdy objawy te ustąpiły, leczenia szyjki już nie rozpoczynano na nowo. Przypadków tych do ogólnej liczby leczonych z wynikiem dodatnim nie wliczono, gdyż wypuszczano je z oddziału jako nie uleczone. Z innych powikłań zauważono zajęcie stawów w 2 przypadkach; w obu zajęty był staw skokowy.

Jasną jest rzeczą, że w stwierdzeniu zupełnego wyleczenia wiewióra dopomaga możność dłuższego obserwowania chorej po skończonem leczeniu. Z powodów bardzo łatwo zrozumiałych nie można było przetrzymywać chorych na naszym oddziale przez dłuższy okres czasu. W przeważnej części przypadków w 4—6 dni po skończeniu leczenia, gdy dwukrotne badanie co do dwoinek Neissera dawało

wynik ujemny, wypuszczano chorą z oddziału, chyba że czysto ropny charakter wydzieliny mimo nieobecności dwoinek nasuwał podejrzenie, iż sprawa swoista trwa jeszcze. W pewnej części przypadków, gdy chore, leczone równocześnie z powodu innych zmian chorobowych, pozostały dłużej na oddziale, obserwacya mogła się rozciągnąć na dalsze dnie. Takie wyleczone prostytutki, gdy znalazły się po pewnym czasie z powrotem na oddziale, mogły być poddane dalszej obserwacyi. I tak w 40 przypadkach obserwacya trwała do 10 dni, w 22 do 15 dni, w 9 do 20, w 8 ponad 20, w 8 ponad 30, a w 10 przypadkach okres badania po skończonem leczeniu trwał około 3 miesięcy. W pozostałych przypadkach czas obserwacyi po skończonem leczeniu wynosił 4—6 dni.

W 30 przypadkach na drugi dzień po skończonem leczeniu zastosowano wstrzykiwanie śródżylne artigonu w ilości 0·05 i 0·1, jakoteż śródmiąższowe wstrzykiwania gonarginy (200 miligr.). Wszystkie te przypadki nie dały żadnego miejscowego odczynu, ani też dwoinek w preparatach nie znaleziono. (Badanie odbyło się w następnych 2—3 dniach po wstrzyknięciu).

Osobno podaję przypadki wiewióra u dzieci. Spostrzegano przypadków 16. Wiek chorych był następujący:

w	3	przypadkach	2 lata
»	7	»	3 »
»	5	»	4 »
»	1	»	6 »

Według siedziby zawsze obok sromu i pochwy zajęta była i cewka, odbytnica w 3 tylko przypadkach. Inni autorowie, jak Wolffenstein, podają cyfry znaczne; na 26 przypadków spostrzegał Wolffenstein 14 przypadków wiewióra odbytnicy, Berger podawał 73%, natomiast Buschke na 50 chorych tylko 5 przypadków, Mattisohn 5%, a Pontoppidan na 779 przypadków tylko 10. Z 3 przypadków naszych dwa stwierdzono wśród leczenia sromu i pochwy, a jeden przy rozpoznaniu nawrotu wiewióra pochwy po 14 dniach. W tym przypadku nastąpiło powtórne zakażenie sromu i pochwy z odbytnicy, gdzie przy pierwszych badaniach dwoinek Neissera nie wykryto.

Leczono te przypadki sposobem Almquista. Codzien nie dwukrotnie przepłukiwano przy pomocy cewnika Nelatona pochwę 0·5% rozczynem protargolu w ilości 200 gr. Następnie wstrzykiwano do pochwy 3 cm³ sz. środka Almquista z 1% albarginy lub azotanu srebra. Do cewki moczowej wprowadzano małą strzykawką 1 cm³, do odbytnicy 5—10 cm³ po poprzedniem przepłukaniu 0·5% protargolem.

Okres leczenia trwał średnio:

w	1	przypadku		26 dni
»	2	przypadkach	ponad	40 dni
»	2	»	»	50 »
»	2	»	»	60 »
»	2	»	»	70 »
»	3	»	»	96 »
»	2	»	»	120 »
»	2	»	»	160 »

Leczenie przeprowadzano dopóty, aż wszelkie objawy kliniczne zupełnie ustąpiły. W tydzień po ukończeniu leczenia, jeżeli nie wykryto kilkakrotnem badaniem dwoinek, wypuszczano chore jako wyleczone. Jeżeli dwoinki Neissera pojawiły się znowu, przeprowadzano leczenie na nowo energiczniej, silniejszymi rozczynami. W dwóch przypadkach stwierdzono nawrót, w jednym po 14 dniach (samozakażenie z odbytnicy), w drugim dopiero po upływie 6 tygodni. W tym przypadku nie było wykluczone powtórne zakażenie od matki, matka ta bowiem dotknięta była wiewiórem, a wzbraniała się poddać leczeniu. Ponieważ we wszystkich przypadkach pouczono otoczenie, aby przy podejrzeniu jakichkolwiek najmniejszych objawów przyprowadzono dziecko do badania, a w żadnym innym przypadku nie było powtórnego zgłoszenia, przeto przyjąć należy, że we wszystkich innych przypadkach wyleczenie było trwałe. Zajęcia innych narządów, jak gruczołów Bartholiniego, szyjki macicznej, nie spostrzegano.

Wiewióra samej cewki moczowej również nie spostrzegano; wiewiór spojówek był w jednym tylko przypadku. Powikłania takie, jak zapalenie błony śluzowej macicy, jajowodów, jajników, stawów, opisywali Mattissohn, Pontoppidana, wiek jednak chorych był o wiele wyższy, niż w naszych przypadkach. Pomimo sceptycznego zapatrywania się innych autorów dochodzą Mattissohn i Pontoppidan do wniosku, że leczenie wprawdzie trwa długo, ale prawie we wszystkich przypadkach wynikiem jest zupełne wyleczenie, a nic nie wskazuje na to, aby choroba trwać miała w późniejsze lata.

Na podstawie naszych 16 przypadków nie możemy mówić wprawdzie z zupełną pewnością o trwałych wynikach, nie mając sposobności badać leczonych dzieci po dłuższym upływie czasu. W każdym razie przemawia na korzyść ta okoliczność, że matki, pouczone dostatecznie o objawach nawrotów, nie przyprowadzały nigdy dzieci znowu do leczenia (prócz 2 wymienionych przypadków). Przyjąć więc należy, że wszystkie te przypadki zostały trwale wyleczone.

Zbierając wyniki leczenia tych wszystkich przypadków, należy zauważyć, że zbyt może pesymistyczne były dotychczasowe zapatrywania na nieuleczalność wiewióra u kobiet. Warunki wyleczalności zmieniły się obecnie na lepsze; bardzo wiele przypadków zostaje zupełnie uleczonych, zwłaszcza ze zgłaszających się we wczesnych okresach. Wprawdzie już Jadassohn zwracał uwagę (Behandlung der Gonorrhoë mir Ichtyol), że sposób stwierdzania zupełnego wyleczenia jest żmudny. Jest on jednak bardzo ważny. Kliniczne badania są zupełnie niewystarczające. Również nie jest wystarczające, jeżeli w ciągu leczenia stwierdza się nieobecność dwoinek Neissera w preparatach; dopiero jeżeli po zaprzestaniu leczenia dłuższa obserwacya nie wykrywa dwoinek, to można określić przypadek jako wyleczony. Również i Neisser, który w określeniu wyleczenia zbyt był ostrożny, gdy oświadczał, że »ani on, ani nikt inny twierdzić nie może, jakoby posiadł sztukę leczenia wiewióra«, — określa przypadek jako na pewno wyleczony, jeżeli 3-krotne badanie w 3-dniowych odstępach da wynik ujemny. Nie można się zgodzić ze zdaniem Behrenda, że obecność lub nieobecność dwoinek Neissera jest tylko objawem niepewnym, wahającym się bardzo często, a zwracać należy uwagę tylko na objawy kliniczne, bez badania mikroskopowego. Objawy kliniczne mogą trwać bardzo długo, nieraz lata całe. Behrend podaje, że są przypadki, gdzie dnie całe są bez dwoinek, potem dwoinki z powrotem się pojawiają, a więc badania Neissera nie miały żadnego znaczenia. »Die Methode des mikroskopischen Gonokokkennachweises ist eigentlich von positivem Werth nur in den Fällen, in denen sie neben anderen Methoden überflüssig ist, und in anderen ist sie so wenig zuverlässig, dass wir lieber ganz auf sie verzichten«. Na taki pogląd żadną miarą nie można się pisać.

Wyniki Almquista, Schmidta, Englesona, moje i innych potwierdzają możność zupełnego wyleczenia wiewióra u kobiet; w niektórych przypadkach obserwacya chorej po skończonem leczeniu rozciągała się na miesiące całe.

Jasną jest rzeczą, że przypadki zajęcia przydatków są dla takiego leczenia stracone; jedyną pomoc przynieść może tu zabieg operacyjny.

Wyleczalność zupełna wiewióra kobiet jest rzeczą niesłychanie ważną dla całej sprawy zapobiegania chorobom wenerycznym. W pierwszym bowiem rzędzie idzie tu o prostytutki. Dopóki istnieje i istnieć będzie prostytucya, tak dobrze znana w historyi kultury wszystkich narodów, dopóty też istnieć będzie niebezpieczeństwo szerzenia się cho-

rób wenerycznych. Stwierdzenie więc wiewióra w czasie kontroli prostytutek, i to wczesne, jest pierwszym postulatem; skierowanie chorej do leczenia racyonalnego z pewnością uwolni ją od choroby. Nie potrzebuję zaznaczać, że taka profilaktyka jest jednostronna. Moralnym obowiązkiem każdego mężczyzny, dotkniętego wiewiórem, zwłaszcza przewlekłym, jest leczenie się. I to jest szczegół może ważniejszy, niż uregulowanie całej sprawy prostytucyi.

Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie c. k. Namiestnictwa, Centrali krajowej dla gospodarczej odbudowy Galicyi za czas od Czerwca 1916 do Lutego 1917. Kraków 1917, str. 309.

Ogłoszenie sprawozdania z dotychczasowej działalności Centrali dla odbudowy Galicyi jest bardzo na czasie. Sprostuje ono z jednej strony wiele mylnych sądów o tej odbudowie, a z drugiej strony pozwoli ocenić jej braki.

Główną treść książki stanowią sprawozdania z trzech Oddziałów (Sekcyi) Centrali: budowlanego, rolniczego i przemysłowo-handlowego. Z tych trzech działów obchodzi koła lekarskie dział pierwszy, to jest budowlany, tu bowiem wchodzą bezpośrednio w grę sprawy higieniczne i sanitarne.

Sprawozdania z tych trzech działów poprzedza wstęp, opisujący organizacyę Centrali i Rady przybocznej, oraz dający pogląd na rozmiary zniszczenia i pierwszą akcyę doraźną dla pomieszczenia bezdomnych. W oswobodzonych od najazdu 60 powiatach Galicyi znajduje się 4847 gmin; z tych 4847 gmin uległo zniszczeniu 1323 wsi i 112 miast (razem 1435, więc prawie trzecia część). Zupełnie zniszczało 680 wsi i 112 miast, a 69.716 budynków mieszkalnych. Najwięcej ucierpiały powiaty przemyski i jarosławski, następnie powiaty nad Dunajcem, w widłach Sanu i Wisły, w okolicach Gródka i poza Lwowem w obecnej linii bojowej. Z miast doszczętnie zniszczały Gorlice, gdzie ostało się tylko 40 budynków (uszkodzonych). W tem zestawieniu nie mieszczą się jednak ani dwory i folwarki, prawie bez wyjątku zniszczone, ani plebanie i kościoły, ani zakłady przemysłowe. »Pożogi tatarskie dawnych wieków były w porównaniu z tem drobnostką, a szkody w Prusach wschodnich... nie dają się nawet porównać z ogromem szkód, zrządzonych w Galicyi« — mówi Sprawozdanie. Koszt odbudowy samych tylko zniszczonych budynków szacuje zarówno Centrala, jak i znawcy wiedeńscy z kół tamtejszych technicznych (szukających w Galicyi zarobków) na półtrzecia do t r z e c h m i l i a r d ó w koron. Bez dachu nad głową znalazło się 63.216 rodzin. Akcya doraźna do utworzenia Centrali, t. j. do czerwca 1916, stworzyła dach dla 30.000 rodzin: zbudowano 651 baraków kilkoizbowych, 8537 domów jednoizbowych i naprawiono 16.788 budynków kosztem 18,736.243 kor.; pozostałych 23.000 rodzin pomieszczono w ocalałych budynkach prywatnych za opłacanym przez Rząd czynszem.

Od czerwca 1916 objął odbudowę Oddział budowlany Centrali. Wśród biur tego Oddziału jest osobne biuro dla odbudowy wsi, osobne dla odbudowy miast, osobne — dla odbudowy »zdrojowisk, zakładów kąpielowych, wodociągów, kanalizacyi i t. p. urządzeń asanacyjnych«. W projektowaniu nowych planów r e g u l a c y j n y c h zniszczonych m i a s t Oddział budowlany Centrali tylko współdziała; plany te należą bowiem do zakresu działania Wydziału krajowego. O planach regulacyjnych innych zniszczonych osad niema wzmianki w sprawozdaniu Oddziału budowlanego. Biuro odbudowy miast w Oddziale budowlanym Centrali ma wkrótce wygotować i przedłożyć Radzie przybocznej Centrali wnioski o zmianę obowiązujących dotąd krajowych ustaw budowlanych, aby »usunąć liczne braki tych ustaw, zwłaszcza pod względem policyi sanitarnej«, przyczem wnioski te będą przedłożone Namiestnictwu i Wydziałowi krajowemu z prośbą o odpowiednie rozporządzenia. Biuro dla odbudowy wsi ma wkrótce wydać drukiem typy wzorowych budynków włościańskich, oparte na typach istniejących, ale z niezbędnemi ulepszeniami, m. i. pod względem zdrowotnym.

Oddział budowlany Centrali objął więc swemi zadaniami niektóre postulaty, które Krakowskie Towarzystwo lekarskie podniosło w połowie czerwca 1916, zanim Centrala rozpoczęła swą pracę. Podnosząc to z uznaniem, niepodobna oprzeć się jednak wrażeniu, że prace, zmierzające do zmiany ustaw budowlanych, postępują w Centrali dość powoli i że wynik ich już nie zdąży wpłynąć na tę część odbudowy, którą sprawozdanie Centrali nazywa prowizoryczną. Podobno w pracach nad zmianą ustaw współdziała komitet, zaproszony przez Oddział budowlany Centrali, a mający w swem gronie, jak słychać, także jednego lekarza-higienistę. Byłoby to okolicznością bardzo dla rzeczy korzystną, aczkolwiek nie wypełnia jeszcze słusznego postulatu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, aby i w biurach Centrali i w Radzie przybocznej stale współpracowali lekarze, których tam dotąd brak zupełnie. Konieczny byłby zwłaszcza ich współudział w opracowaniu typów wzorowych definitywnych budowli jeszcze przed wydaniem ich drukiem.

Dla wykonania swych zadań utworzył Oddział budowlany Centrali prowincyonalne Ekspozytury budowlane (dotychczas 16 z 19 zamierzonych), które zebrawszy statystykę szkód, prowadzą odbudowę, na razie przeważnie prowizoryczną, częścią same stawiając budynki, częścią oddając budowę przedsiębiorcom, a częścią — udzielając zapomóg i wszelakiej pomocy właścicielom, odbudowującym swe siedziby. — Z tabelarycznych zestawień działalności tych Ekspozytur wynika, że wybudowały one domów mieszkalnych we własnym zarządzie 1828 kosztem 4,928.700 kor., a przez oddanie w przedsiębiorstwo 300 kosztem 1,542.850 kor.; zrekonstruowano 614 budynków miejskich na pomieszczenie bezdomnych kosztem 309.100 kor.; sami właściciele przy udzielonej przez Ekspozytury subwencyi zbudowali 5397 domów mieszkalnych. Według tychże zestawień potrzeba jeszcze zbudować 16.716 budynków mieszkalnych dla bezdomnych.

Te wyniki pracy Ekspozytur są niewątpliwie bardzo znaczne, zwłaszcza jeżeli się zważy ogromne trudności, jakie trzeba było zwalczyć: brak materyału, robotników, środków dowozu przy budowlach we własnym zarządzie, a nadmierne wymagania przy próbach oddawania robót przedsiębiorcom, żądającym 7 do 10 tysięcy kor. za domek, w normalnych czasach kosztujący najwyżej 2.500 kor.

W tej prowizorycznej odbudowie był wytyczną plan doraźnego budynku włościańskiego, opracowany przez Oddział budowlany Centrali. Dom ten mieści sień, komorę, izbę i stajnię pod wspólnym dachem. Na izbę mieszkalną z piecem, kuchnią i piecem piekarskim przeznaczono w nim około 25 m. kw. powierzchni. Cały dom drewniany, z drzewa najmniej 13 cm grubego, z podmurowaniem z cegły, z izolacyą, dachówką kryty (str. 45 Sprawozdania)*).

»Przeciwko temu projektowi domów« — mówi Sprawozdanie (str. 45) — »podniesiono szczególnie ze strony lekarzy »liczne zarzuty ze stanowiska higieny, jak: za małe okna, po»mieszczenie mieszkania i stajni pod jednym dachem, brak wy»chodka i t. p. Zauważyć w tym względzie należy, że krytycy »ci, kierując się wyłącznie wskazówkami teoryi, nie zdali sobie »wcale sprawy z położenia, w jakich warunkach znajduje się »ludność bezdomna po wsiach, zniszczonych wskutek wypadków »wojennych, i co w obecnych warunkach podczas trwającej je»szcze wojny jest wykonalne. Gdyby się byli potrudzili do ta»kich miejscowości i spostrzegli tam, że tysiące rodzin... mie»szka w norach podziemnych i piwnicach« (tu następuje plastyczny obraz strasznych stosunków ludności bezdomnej), »by»liby niezawodnie przyszli do przekonania, że pierwszą i naj»ważniejszą koniecznością ze względów higieny w takich wa»runkach jest, wyrwać tych ludzi z tego położenia, zagrażają»jącego chorobami i śmiercią, zwłaszcza młodszej generacyi, »przez spieszne dostarczenie im najpotrzebniejszego mieszkania »ludzkiego«. Więc też ograniczył się Oddział budowlany Centrali »do najkonieczniejszej potrzeby«, a starał się o wykonanie jaknajwiększej ilości domów, »wychodząc z założenia, że umie»szczenie stajni pod tymsamym dachem i nieprojektowanie wy»chodka, zwłaszcza wewnątrz budynku, będzie pod względem »higienicznym mniej szkodliwe, niż pozostawienie bezdomnych »w opisanych wyżej warunkach dlatego tylko, aby budować już

*) W rzeczywistości jednak poczęści i tego wzoru nie osiągnięto. W jarosławskiem postawił przedsiębiorca 200 domów częściowo bez poddasza i na razie bez podmurowania (które będzie z wiosną wykonane), z brusów 8—10 cm grubych, z dachem papą krytym, a otrzymał dalszą dostawę domów z izbą o 23 m. kw. powierzchni i 2·6 m. wysokości do belki stropowej (2·81 do deski powałowej) (str. 48 Sprawozdania).

»teraz domy wzorowe w ograniczonej bardzo ilości, odpowiadające jednak teoryi higieny«.

Ten ustęp sprawozdania nie jest odparciem zarzutów, podniesionych przeciw planowi chaty tymczasowej. Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że stosunki, w jakich żyła ludność bezdomna, były lekarzom znane nietylko z teoryi, a były znane jeszcze długo przedtem, zanim Centrala odbudowy mogła je poznać, bo wielu lekarzy, wytrwawszy na stanowiskach w czasie najazdu, nietylko naocznie widziało, ale i osobiście doznało następstw zniszczenia kraju; poznali je też dokładnie lekarze wzdłuż i wszerz kraju czyto przy akcyi kolumn sanitarnych, czy przy objazdach grup szczepiących, wysłanych przez Komitet książęco-biskupi i Wydział lekarski krakowski. Następnie nie jest ścisłem zdanie, jakoby budowa domów higieniczniejszych, niż domy, zaprojektowane przez Oddział budowlany Centrali, musiała opóźnić lub zmniejszyć doraźną akcyę budowlaną; mogłaby ją tylko podrożyć, i to stosunkowo nieznacznie. Nikt też nie żądał, by budować »domy wzorowe« choćby »w bardzo ograniczonej ilości, byleby odpowiadały teoryi higieny«. W artykule, ogłoszonym w »Czasie«, domagał się doc. Dr Janiszewski tylko, by w planach nie było ważnych wad, a w artykule w »Nowej Reformie« w końcu lutego 1917 Nr 96, 98 i 100 wykazano, że żądania doc. Dr Janiszewskiego nietylko nie »kierowały się wyłącznie wskazówkami teoryi«, ale że schodziły do najniższych granic elementarnych przepisów higieny praktycznej, a nie przekraczały tego, co w dzisiejszych nawet warunkach jest wykonalne. Sprawozdanie Centrali przytacza z szeregu zarzutów, podniesionych ze względów higienicznych, tylko trzy, pomijając wszystkie inne, między nimi i najważniejszy, dotyczący powierzchni (wzgl. pojemności) izby mieszkalnej, a nie wymagający już tutaj, w piśmie lekarskiem, uzasadnienia. Zaprojektowanie większej izby byłoby podrożyło budowlę o kilka procent, całą zaś akcyę prowizoryczną budowlaną zaledwo o takie kwoty, które są wobec przewidywanego trzechmiliardowego kosztu samych tylko budowli oszczędnością drobną na dziś, a niebezpieczną dla całej wieloletniej przyszłości. Nawet zaś z trzech dowolnie wybranych zarzutów nie odpiera Sprawozdanie wcale jednego, dotyczącego zbyt małych okien; drugi i trzeci zarzut przytoczono nieściśle, zwalczając to, czego krytyk w »Czasie« nie żądał wcale (miejsce ustępowe wewnątrz budynku), a pomijając istotne żądanie (należyte usytuowanie gnojowiska i ustępu względem budynku i studni).

Żałować należy, że uwagi kół lekarskich, podyktowane względem rzeczowym, nie wywołały w Oddziale budowlanym Centrali innego echa zamiast tych usiłowań obrony sprawy, której obronić niepodobna. Żałować trzeba w szczególności, że nie widać ze Sprawozdania, aby te uwagi w czemkolwiek wpłynęły nawet na definitywną odbudowę, częściowo już będącą w toku (jak podaje Sprawozdanie na str. 65 i 66). r.

Projekty ustroju sanitarnego Królestwa Polskiego i Galicyi.

(Ciąg dalszy).

VI. Nieco szczegółowiej określa zasady samodzielnego ustroju sanitarnego w Galicyi uchwała, powzięta przez obie Izby lekarskie galicyjskie na wspólnem posiedzeniu w styczniu 1917. Oprócz postulatu, by w razie wyodrębnienia uzyskała Galicya zupełną samodzielność w sprawach sanitarnych, zawiera ta uchwała następujące zasady ustroju sanitarnego:

1. Wyodrębnienie głównego zarządu administracyi sanitarnej na podobieństwo administracyi skarbowej lub szkolnej, jako osobnego wydziału rządu krajowego z fachowym kierownikiem (lekarzem) na czele, którego stanowisko i atrybucye są równe stanowisku innych kierowników wydziałów rządu krajowego (wiceprezydentów rządu), a któremu,

obok fachowych referentów sanitarnych, są dodani: referent prawnik i referent technik.

Centralny urząd sanitarny (Wydział sanitarny rządu krajowego) załatwia główne swe agendy kolegialnie (na wzór n. p. dzisiejszej galicyjskiej Rady szkolnej). Część członków tego kolegium mianuje rząd krajowy, drugą zaś część, mającą równe prawa z członkami mianowanymi, tworzą delegaci Izb i Wydziałów lekarskich, ewentualnie także Związku krajowego lekarzy. Naczelnika centralnego urzędu sanitarnego mianuje rząd krajowy.

2. Jednolitość całej organizacyi sanitarnej w tem znaczeniu, że władzą zwierzchnią niższych instancyi sanitarnych jest w sprawach sanitarnych i higienicznych wyższa sanitarna instancya, oraz, że urzędy sanitarne najniższej instancyi (okręgowe, gminne itd.) są do ustroju administracyi sanitarnej włączone. Jednakże lekarzom urzędowym tej najniższej instancyi zabezpiecza pragmatyka służbowa przywilej stałej siedziby (podobnie, jak w sądownictwie), z której lekarz wbrew swojej woli nie może być przeniesiony (z wyjątkiem najcięższych przewinień dyscyplinarnych); ten przywilej wynika stąd, że stanowisko w służbie sanitarnej nie jest główną podstawą utrzymania lekarzy tej kategoryi. Lekarze gminni w miastach o własnym statucie i wogóle w miastach powyżej 40.000 mieszkańców są również włączeni do hierarchii sanitarnej, ale mają w niej stanowisko odpowiednio wysokie (n. p. lekarze naczelni miast o własnym statucie podlegają bezpośrednio tylko centralnemu krajowemu urzędowi zdrowia).
3. Oddanie kierownictwa urzędów sanitarnych także w pośrednich i najniższych instancyach w ręce fachowe (lekarzy).
4. Samodzielny w sprawach sanitarnych i higienicznych zakres działania urzędów sanitarnych średnich instancyi ze stosowną odpowiedzialnością, z prawem bezpośredniej egzekutywy w sprawach nagłych i ważnych, gdzie zachodzi bezpośrednie niebezpieczeństwo, w innych zaś razach z prawem egzekutywy za pośrednictwem władz politycznych tejże instancyi, stojących obok, ale nie ponad urzędami sanitarnymi.
5. Personal pomocniczy przy urzędach sanitarnych, (t. j. odpowiednio wykształcona służba sanitarna i pielęgniarki), podlega bezpośrednio, bezwzględnie i wyłącznie lekarzom urzędowym.
6. Skupienie w urzędach sanitarnych ile możności wszystkich spraw sanitarnych i higieniczno-społecznych. Stworzenie należytego kontaktu administracyi sanitarnej z niektórymi innymi działami administracyi, przyczem, o ileby istniał referat higieniczno-sanitarny w niektórych wydziałach rządu krajowego (wydział szkolnictwa, wydział przemysłowy, wydział robót publicznych), to spoczywać powinien w rękach fachowych (lekarzy).
7. Wykształcenie lekarzy urzędowych w nauce administracyi, oraz wykształcenie urzędników administracyjnych (prawników) w zakresie higieny publicznej i społecznej.

Dla porównania warto przytoczyć projekt organizacyi sanitarnej w Austryi, uchwalony przez Izby lekarskie austryackie. Reforma sanitarna zajmowała te Izby przez cały szereg lat i była przedmiotem obrad pięciu Wieców Izb*) na zasadzie bardzo szczegółowej krytyki obecnego ustroju administracyi sanitarnej w Austryi; projekt Izb można uważać za wyraz żądań ogółu lekarzy w Austryi i za próbę uwzględnienia zarówno interesów i zadań administracyi, jak i interesów lekarzy praktycznych.

Zasady, przyjęte przez Izby lekarskie austryackie, brzmią w głównych punktach:

1. Naczelne kierownictwo spraw sanitarnych państwa spoczywać ma w rękach Państwowego Urzędu zdrowia (Reichsgesundheitsamt), przyłączonego (angegliedert) do ministerstwa spraw wewnętrznych, a wyposażonego w odpowiednią samodzielność i potrzebną egzekutywę. Urzędowi temu będą przekazane wszystkie sprawy sanitarne, załatwiane obecnie w innych ministerstwach (komunikacyi, rolnictwa, sprawiedliwości, finansów, handlu i robót publicznych), po części przez osobne departamenty sanitarne tych ministerstw. Prócz tego podlegać będą temu urzędowi pracownie dla badań praktyczno-higienicznych, bakteryologicznych, serologicznych, zakłady krowiankowe państwowe i centralny urząd badania środków spożywczych.

2. Szef sanitarny krajowy i Urząd sanitarny krajowy. Kierownictwo spraw sanitarnych w każdym kraju koronnym spoczywa w ręku szefa sanitarnego krajowego, podległego służbowo kierownikowi Państwowego Urzędu zdrowia. Szef sanitarny krajowy jest zarazem kierownikiem państwowych pracowni higieniczno-chemicznych i bakteryologicznych w stolicach krajów, jak również krajowego zakładu badania środków spożywczych; ma on we wszystkich krajowych sprawach sanitarnych potrzebną egzekutywę. Wszelkie sprawy sanitarne, dotąd nie należące do departamentów sanitarnych namiestnictw, jakoto sprawy sanitarne (higiena) przemysłu, szkół, komunikacyi, nadzór nad żywnością i opieka nad zdrojowiskami, mają być włączone do zakresu działania krajowej władzy sanitarnej.

3. Lekarz powiatowy i powiatowy Urząd zdrowia. Służbę sanitarną w powiatach przy starostwach sprawują c. k. lekarze powiatowi, podlegający bezpośrednio krajowemu szefowi sanitarnemu, a mający we wszystkich sprawach sanitarnych powiatu odpowiednią egzekutywę. Każdy lekarz powiatowy stoi na czele państwowej pracowni chemiczno-higienicznej i bakteryologicznej powiatu. Jako państwowym organom opiniującym nie wolno lekarzom urzędowym przyjmować żadnych innych posad ze stałą płacą. Wykonując praktykę prywatną, są lekarze urzędowi obowiązani stosować się do przepisów Izby lekarskiej, a w razie wykroczenia przeciw tym przepisom podlegają jurysdykcyi Rady honorowej Izby.

(Dokończenie nastąpi).

*) Stenographische Protokolle über die Verhandlungen der oesterreichischen Ärztekammertage (XIII. XIV, XVI, XVII, XVIII). Praga 1908, str. 46, Wiedeń 1909, str. 72, Berno 1910, str. 43, Retz 1912, str. 46, Graz 1913, str. 24.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło 18. IV. b. r. posiedzenie, na którem Dr Rychliński przedstawił dwa operowane przypadki gruźlicy jajowodów i przypadek cięcia cesarskiego u karlicy (chondrodystrophia foetalis), Dr Oszacki dwa przypadki niedokrwistości hemolitycznej i przypadek obrzęków samoistnych, poczem Dr Blassberg miał wykład o nerwicach serca i stanach pokrewnych. W bardzo ożywionych dyskusyach przemawiali kol. Blassberg, Braun, Ciechanowski, Glassner, Michałowicz, Oszacki, Piltz, Rosner, Wachnianin.

Następne posiedzenie odbędzie się 25. kwietnia w Domu Towarzystwa.

Warszawa. Rodzina i koledzy zmarłego przed 2 laty na dur osutkowy Dr Halperna złożyli na fundacyę konkursową jego imienia Towarzystwu lekarskiemu 6000 rb.

Zmarli: Dr Antoni Pyrz w 50 r. ż., Dr Mieczysław Kaczorowski w 29 r. ż. z duru plamistego w Warszawie, Dr Ludwik Zamenhof, twórca języka Esperanto, w 58 r. ż. w Warszawie.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 25. **kwietnia** 1917 o godzinie 6 wieczór w **Domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Wnioski Zarządu w sprawie członków honorowych. 2) Demonstracye. 3) Dr K. Michejda: O zgorzeli gazowej.

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.